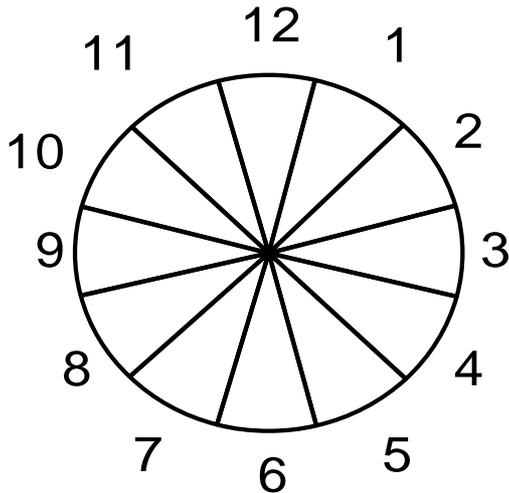


Krankenkasse bzw. Kostenträger			Begleitschein für histologische Untersuchungen	Nummer
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Eingangsdatum
Pathologie PD Dr. med. habil. P. Czapiewski Auenweg 38 - 06847 Dessau Tel. (0340)501-1070 / Fax -1029				
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status		
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum		

Probe 1

rechts links

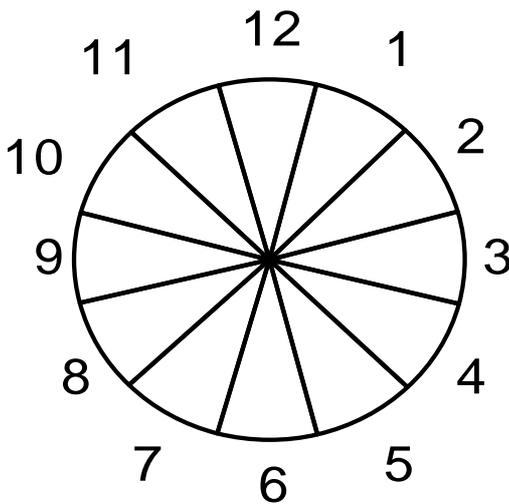


BIRADS

Kalk	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Architekturstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herd	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Größe	_____	
Anzahl der Stanzen	_____	
Jeweilige Länge	_____	
Nadelstärke	_____	

Probe 2

rechts links



BIRADS

Kalk	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Architekturstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herd	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Größe	_____	
Anzahl der Stanzen	_____	
Jeweilige Länge	_____	
Nadelstärke	_____	

Stempel, Unterschrift